

Modelo de Solicitud para Comida Escolar Gratuita y de Precio Reducido del 2015-2016

Complete una sola solicitud por hogar. Favor de usar un bolígrafo (no lápiz).

PASO 1 Haga una lista de todos los bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 miembros de su hogar (si requiere más espacio, agregue otra hoja)

Definición de Miembro del Hogar: "Cualquier persona que vive con usted y comparte ingresos y gastos, aunque no sea familia."

Niños adoptivos temporales (foster) que cumplen con la definición de **migrante, sin hogar, o fugitivo** son elegibles para la comida gratuita. Para más información, lea "Cómo solicitar comida escolar gratuita y de precio reducido".

Primer Nombre del Niño	IM	Apellido del Niño	¿Estudiante? Sí No	Niño Foster	Migrante, Sin hogar, Fugitivo
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indique todo lo que sea pertinente:

PASO 2 ¿Participa cualquier miembro de su hogar, incluyéndose a usted, en uno o más de los siguientes programas: SNAP, TANF, o FDPIR? Circule su respuesta: Sí / No

Si usted indicó **NO** > Complete PASO 3. Si usted indicó **SÍ** > Escriba aquí el número de su caso y luego continúe con PASO 4.

(No complete el PASO 3)

No. de Caso:

Escriba sólo un número de caso en este espacio.

PASO 3 Declare el ingreso de todos los miembros del hogar (No responda a este paso si usted indicó 'Sí' en el PASO 2)

Favor de leer "Cómo solicitar comida escolar gratuita o de precio reducido" para más información. La sección "Fuentes de ingreso para niños" le ayudará responder a la pregunta sobre el **Ingreso del Niño (A)**. La sección "Fuentes de ingreso para los adultos" le ayudará responder a la pregunta sobre **Todos los Miembros Adultos del Hogar (B)**.

A. Ingreso del Niño

A veces los niños del hogar ganan dinero. Favor de incluir aquí el ingreso total ganado por todos los miembros del hogar listados en el PASO 1. No tiene que incluir los niños adoptivos temporales (foster).

¿Con qué frecuencia?

Ingreso del niño	semana	quincenal	2x mes	1x mes
\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B. Todos los Miembros Adultos del Hogar (incluyéndose a usted)

Haga una lista de todos los miembros del hogar no listados en el PASO 1 (incluyéndose a Ud.) sin importar si reciben o no ingresos. Para cada miembro del hogar en la lista que recibe un ingreso, anote el ingreso total de cada fuente en dólares redondeados. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escribe "0". Si usted pone "0" o deja en blanco cualquier espacio, usted certifica (jura) que no hay ingresos.

Nombres y apellidos de los adultos del hogar	Ingresos	¿Con qué frecuencia?				Asistencia pública/ manutención de menores o pensión matrimonial	¿Con qué frecuencia?				Pensión/Jubilación/ otros ingresos	¿Con qué frecuencia?			
		semana	quincenal	2x mes	1x mes		semana	quincenal	2x mes	1x mes		semana	quincenal	2x mes	1x mes
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Número Total de los Miembros del Hogar (Niños y Adultos)

Los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del asalariado(a) principal u otro adulto del hogar X X X

Indique si no hay SSN

PASO 4 Información de contacto y firma de adulto

"Certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es cierta y que todo ingreso se ha reportado. Entiendo que esta información se da con el propósito de recibir fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar tal información. Soy consciente de que si falsifico información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida y me pueden procesar de acuerdo con las leyes estatales y federales que aplican."

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Calle y número de casa (si está disponible)	Apartamento #	Ciudad	Estado	Código Postal
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Nombre del adulto que completa el formulario (Favor escribir en letra de molde):		Firma del adulto que llenó el formulario:		Fecha de hoy:

Nombre del adulto que completa el formulario (Favor escribir en letra de molde):

Firma del adulto que llenó el formulario:

Fecha de hoy:

Le pedimos información acerca de la raza y etnicidad de sus niños. Esta información es importante pues nos ayuda a asegurar un servicio pleno a la comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niños para comida gratuita o a precio reducido.

Etnicidad (Marque uno):

- Hispano o Latino
- No Hispano o Latino

Raza (Marque uno o más):

- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o Americano Africano
- Nativo de Hawái u Otro Isleño del Pacífico Sur
- Blanco

La Ley Nacional de Comedores Escolares Richard B. Russell pide la información arriba en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si usted no la provee, no podemos aprobar comida gratuita o de precio reducido para sus niños. Usted debe incluir los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del miembro adulto que firma la solicitud. Los últimos cuatro números del SSN no se requieren cuando usted solicita de parte de un niño adoptivo temporal o usted incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Comida en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) u otra identificación FDPIR de su niño. Tampoco necesita indicar el número del SSN si el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no lo tiene. Utilizamos su información para determinar si su niño es elegible para la comida gratuita o de precio reducido, y para administrar y hacer respetar los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir la información sobre su elegibilidad con los programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar los beneficios de sus programas, así como con los auditores de revisión de programas, y los oficiales encargados de investigar violaciones del reglamento programático.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo basada en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, o retaliación por haber iniciado una queja de derechos civiles. También se prohíbe la discriminación, cuando es pertinente, basada en creencia política, estado civil, estado familiar o paterno, orientación sexual, información genética, o cuando todo o parte del ingreso de una persona viene de

cualquier programa pública asistencial, en el empleo, o en cualquier programa o actividad realizados o financiados por el Departamento. (No todas las bases prohibidas aplican en todos los programas y/o actividades de empleo.)

Si usted desea poner una queja de derechos civiles de discriminación, complete el Formulario del USDA de Queja de Discriminación que se encuentra en el sitio web, http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html El formulario también puede obtenerse en cualquier oficina del USDA, o llamando al (866) 632-9992. Envíe por correo el formulario o carta de queja completada a la siguiente dirección: Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, o al fax (202) 690-7442, o por correo electrónico a: programa.intake@usda.gov.

Personas sordas, con discapacidad auditiva o de habla, pueden contactar al USDA por medio del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (español).

El USDA es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades.

Además, Rhode Island no discrimina en base a orientación sexual o religiosa. Para someter una queja de discriminación en el programa de alimentos basado en orientación sexual o religiosa, póngase en contacto con el: Departamento de Educación de RI, oficina de Personal, 255 Westminster Street, Providence, RI 02903 o llame al (401) 222-8437.

DO NOT FILL OUT THIS PART. THIS IS FOR SCHOOL USE ONLY.

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24 Monthly x 12

Total Income: _____ Per: Week, Every 2 Weeks, Twice A Month, Month, Year Household size: _____

Categorical Eligibility: ___ Date Withdrawn: _____ Eligibility: Free ___ Reduced ___ Denied ___ Reason: _____

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Verifying Official's Signature: _____ Date: _____